

An die  
Medizinische Fakultät der  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Studiendekanat  
Magdeburger Straße 8

Eingang im Studiendekanat am:

06112 Halle

## Ärztliches Attest hier : Bescheinigung hinsichtlich der Prüfungsfähigkeit

### 1. Angaben zur untersuchten Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: 

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort, Straße, Nr.

### 2. Erklärung des Arztes

Meine heutige Untersuchung zur Frage der Prüfungsunfähigkeit zeigt aus ärztlicher Sicht folgende gesundheitliche Beeinträchtigung:

a) **Krankheitssymptome:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Daraus ergeben sich für die Prüfung im Fach

\_\_\_\_\_

als  mündliche Prüfung  schriftliche Prüfung

b) **folgende Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dauer der Erkrankung von: 

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

 bis: 

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Hiermit bestätige ich auf Grund meiner Untersuchung:**

**Es liegt eine erhebliche Beeinträchtigung des Leistungsvermögens vor:**  ja  nein

Bitte beachten Sie dabei, dass Schwankungen in der Tagesform, Examensangst, Prüfungsstress u.ä. keine erheblichen Beeinträchtigungen sind.

**Die Gesundheitsstörung ist nicht dauerhaft, sondern nur vorübergehend:**  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

(Praxisstempel)